Rok XXVI. Kraków, 17 Grudnia 1887. Nr. 51.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z chirurgii jamy brzusznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziałem chirurgicznym w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

Chirurgija jamy brzusznéj stoi na porządku dziennym dzisiejszéj techniki operacyjnéj. Mimo wyjątkowego zapatrywania Lawsona Taita i jego zdumiewających na tém polu rezultatów ogół chirurgów widzi w ścisłéj antyseptyce, jeżeli nie jedyny, to w każdym razie, jeden z najkardynalniejszych warunków powodzenia przy laparotomii. Dla tego też nawet wartość poszczególnych środków antyseptycznych ocenioną bywa według tego, czy i o ile użyć się dadzą przy operacyjach w jamie brzusznéj. Tą drogą sublimat odniósł zwycięstwo nad kwasem karbolowym a sublimatowi znów świeżo wszedł w drogę trójchlorek jodu, tak gorąco przez Langenbucha (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 40) głównie z tego względu polecony, że przy laparotomii, mimo wybitnego działania przeciwgnilnego, najmniejszém choremu nie grozi niebezpieczeństwem.

Nie o to jednak chodzi, jakiemi się antyseptycznemi środkami pracuje, ale o to, czy się operuje aseptycznie, a aseptykę można, zdaniem mojém, osiągnąć bez użycia karbolu, sublimatu i całego legijonu coraz to nowszych i coraz głośniéj zachwalanych środków przeciwgnilnych, byleby to, co się czystością nazywa, podniesioném było do ideału. Jak trudnym atoli do osiągnięcia jest ten ideał, wiadomo każdemu chirurgowi, pracującemu w większym zwłaszcza szpitalu publicznym, gdzie zakorzenione przesądy, fałszywe pojęcie o czystości i porządku (*Façadenreinlichkeit!*), brak odpowiedniéj inteligencyi u personalu pomocniczego, a przedewszystkiém kwestyja funduszów rozbijają w puch najgorliwszą pracę naszą nad aseptycznością każdego zakątka naszych oddziałów chirurgicznych, każdego przedmiotu z naszego otoczenia i każdéj choćby najpodrzędniejszéj, osobistości, z nami się stykającéj. A warto doprawdy dążyć *per ardua ad astra*, choćby wśród walki, która się ostatecznie, jako w szlachetnym celu podjęta, zawsze naszém skończyć musi zwycięstwem.

Jednym z niezaprzeczonych wyników téj zaszczytnéj walki jest fakt, że laparotomija, dzięki antyseptyce, przestała być postrachem lekarzy i chorych, a chirurgowi otworzyła drogę do wielu zabiegów operacyjnych w jamie brzusznéj, uważanych dawniéj za niewykonalne lub za śmiałe wybryki chirurgicznéj przedsiębiorczości.

Wyniki tych zabiegów często jeszcze bywają ujemne, lecz w znacznéj mierze powodzenie zależy tu od doświadczenia, jakie sobie chirurg zdobył na tém właśnie polu, dotychczas stosunkowo mało uprawianém. Zresztą kazuistyczna rozmaitość tak tu jest wielką, że nigdy prawie jeden przypadek nie jest w zupełności równy drugiemu.

Powyższe względy skłaniają mnie do ogłoszenia niniejszych kilku zabiegów operacyjnych w jamie brzusznéj, wykonanych ostatniemi czasy z pomyślnym przeważnie wynikiem.

1. Wpochwienie jelit. Opadnięcie macicy. Laparotomija. Zejście śmiertelne.

Magdalena S., wyrobnica ze Śródki, lat 47 wieku, wynędzniała, cierpi od dawna opadnięcie macicy, które się ostatniemi czasy wzmogło. Przed tygodniem nieznaczne rozwolnienie, następnie zaparcie stolca i wymioty kałowe. Ciepłota ledwie 37°C., tętno drobne. Brzuch wzdęty, powłoki brzuszne cienkie. Przez powłoki brzuszne nic nie można wymacać, zwykłe ujścia przepuklinowe wolne. Przy badaniu przez znacznie rozszerzoną kiszkę odchodową w narkozie wymacać można cały zwój kiszek w górnéj części téjże kiszki. Rozpoznawszy wpochwienie próbowano je cofnąć środkami mechanicznemi; całe przedramię mogłem wprowadzić, a wpochwienie zawsze za ręką wracało. Po bezskutecznéj również próbie redukcyi za pomocą wlewań wody w położeniu kolanowo-łokciowém, wykonano nazajutrz d. 9/8 laparotomiję. Jelito poprzeczne i część jelita czczego wgłobione

w rozszerzone znacznie *S. romanum*. Zrosty tak już silne, że uwolnienie wgłobionego jelita z trudnością tylko i wśród znacznego krwotoku dało się uskutecznić. Mesenterium wgłobionego jelita obrzmiałe, a jelito samo w dwóch miejscach nieco brunatniejsze przedstawia centkowanie, zresztą w stanie dostatecznego na pozór odżywienia. Wyczyszczono jamę brzuszną 3% kwasem borowym i zamknięto jamę brzuszną szwem piętrowym jedwabnym. Opatrunek przeciwgnilny. Worek z lodem na brzuch. Wewnętrznie makowiec. Chora podniosła się szybko ze znacznego pooperacyjnego zapadu, w trzy godziny po operacyi oddała obfity stolec, a następnego dnia znaczną ilość gazów przez rurę gumową do kiszki odchodowéj głęboko wprowadzoną. Przebieg pooperacyjny bez reakcyi, bez najmniejszych objawów zapalenia otrzewny. Piątego dnia rozwolnienie i nieznaczna bolesność brzucha, siódmego dnia (15/8) zejście śmiertelne wśród objawów nagłego zapadu. Sekcyja: rana brzuszna sklejona we wszystkich swoich warstwach, *enteritis ulcerosa, perforatio coli, ascaris lumbricoides in cavo abdominis*.

W powyższym przypadku śmierć nie nastąpiła skutkiem zakażenia otrzewny, gdyż przebieg pooperacyjny był zupełnie aseptyczny, lecz skutkiem przedziurawienia jelita, które wśród operacyi nie dawało powodu do żadnéj z téj strony obawy, powikłanie zaś z owrzodzeniem jelita zapalném przyczyniło się swoją drogą do perforacyi. Niewątpliwie i sam zabieg operacyjny mógł błonę śluzową jelita do sprawy zapalnéj usposobić, zrosty bowiem były już tak mocne, że do ich rozerwania potrzeba było użyć pewnéj siły, przyczém jednak ściany kiszek nie uległy uszkodzeniu. W takim zaś razie lepiéj jest ryzykować choćby nieco forsowniejsze wypochwienie, niż resekcyję całéj inwaginacyi, w razie zbyt szczelnych zrostów zalecaną.

Co się tyczy stosunku etyjologicznego pomiędzy inwaginacyją a opadnięciem macicy, objawy te współczesnością swoją niniejszemu przypadkowi nadają charakterystyczną cechę. Nie wiadomo mi, czy stosunek ten już kiedy zauważono, atoli *a priori* nie da się zaprzeczyć, że znaczne opadnięcie macicy może się przyczynić do inwaginacyi. Toć wiadomo, że przy wzmiankowaném cierpieniu macicy nietylko więzadła jéj właściwe tak są zluźnione, że narząd sam na 3—6 centymetrów ponad jego prawidłową wysokość da się wysunąć, ale i otrzewna takiéj niekiedy ulega dyslokacyi, że, jak np. w przypadku Franquego, osobna z niéj tworzy się jama. Otrzewna oddziaływa na krezki (mesenterium) a tym sposobem górne części jelit parte ku dołowi, szukając dla siebie pomieszczenia, dostają się do *S romanum*, którego światło w naszym przypadku znacznie powiększone przedstawiało rozmiary.

2. Otok pęcherza żółciowego. Cholecystotomija z podwiązaniem przewodu żółciowego. Wyzdrowienie.

Maryjanna R., lat 47 z Poznania, matka kilkorga dzieci. Stan odżywienia lichy, barwa skóry żółtawa. Chora skarży się na dokuczliwe bóle w okolicy wątroby i w krzyżu, za poradą Dra Holtzera szuka pomocy w szpitalu i zgadza się na operacyję. Na szerokość trzech palców poniżéj wątroby czuć w jamie brzusznéj guz wielkości małéj pięści, o napięciu elastyczném, z miejsca swego prawie nieporuszalny, z otrzewną niezrośnięty. Rozpoznano rozstrzeń worka żółciowego, a za pomocą punkcyi cienką igiełką Pravaza stwierdzono, że zawartość jego składa się z cieczy ropiastéj, koloru żółtawego, kwasów żółciowych niezawierającéj.

Dnia 22/9 b. r. wykonano laparotomiję. Cięcie skórne równoległe do linii białéj ponad obrzękiem. Po przecięciu otrzewny wsuwa się w ranę sieć, z którą pęcherz jest zrośnięty, lecz zrosty łatwo dają się oddzielić. Obrzęk atoli sam tak ściśle zespojony z dolną tylną powierzchnią wątroby, że o wydobyciu go z jamy brzusznéj w całości z powodu zupełnego braku trzonu i znacznego krwotoku przy rozdzielonu zrostu ani mowy nie było. Podprowadziwszy tedy za pomocą igły Dechampsa nitkę podwójną pod przewód żółciowy, takowy w dwóch miejscach podwiązałem i mostek pomiędzy nitkami przeciąłem, przyczém skutkiem nacięcia miąższu wątroby powstał znaczny krwotok, zatamowany częścią przez okłucie, częścią za pomocą tamponady gazą jodoformową lepką. Następnie uruchomiwszy sobie nieco tym sposobem pęcherz żółciowy, wszyłem go w ranę brzuszną, przeciąłem i zawartość na zewnątrz wypuściłem, przyczém pokazał się kamyczek żółciowy wielkości orzecha włoskiego o powierzchni chropowatéj. Opatrunek przeciwgnilny. Operacyja trwała przeszło godzinę. Z powodu znacznego zapadu wstrzyknięto podskórnie 3 strzykawki eteru na stole operacyjnym i chorą do ogrzanego łóżka odniesiono. Z powodu słabéj czynności serca przez całe popołudnie i dzień następny stosowano podskórne wstrzykiwania chlorku sodu (0,6%) w odstępach 3godzinnych po 6 strzykawek Pravaza. Tętno się podnosiło zwolna lecz stale, ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, a chora cały przeciąg okresu pooperacyjnego przebyła bez odczynu zapalnego. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost tak, że pozostała tylko przetoka, przez którą wydzielała się mała ilość płynu śluzowego bez śladu żółci. Gdy przetoka po wypaleniu jéj żegadłem zamknęła się prawie zupełnie, chora wolna od dawnych bólów zażądała wypuszczenia ze szpitala. Stolce w pierwszych dniach po operacyi odbarwione, później w niczém się od prawidłowych nie różniły.

Żadna z praktykowanych po dziś dzień w tém cierpieniu metod operacyjnych nie może sobie rościć wyłącznego uprawnienia; stosownie do właściwości poszczególnego przypadku chorobowego operator musi się zdecydować albo na nacięcie worka żółciowego albo też na doszczętne jego wycięcie.

W naszym przypadku zamierzone pierwotnie doszczętne wyłuszczenie (Langenbuch) uznaliśmy wśród operacyi za niemożliwe z powodu ścisłego zrostu pęcherza żółciowego z wątrobą. Wprawdzie krwotoki z powierzchownych warstw wątroby pochodzące do tamowania nie są zbyt trudne a Bardenheuer twierdzi nawet (*Der extraperitonelle Explorativschnitt.* Stuttgart, 1887, str. 199), że wątrobę całemi kawałami wycinać można bez obawy krwotoku [1]), wreszcie krew wynaczyniona do jamy brzusznéj, byle na gruncie aseptycznym, ulega całkowicie wessaniu i swoją drogą na korzyść chorego się obraca (autotransfuzyja); mimo to w takim jak nasz przypadku ekstyrpacyję uważamy za przeciwwskazaną choćby tylko z tego powodu, że się operacyja niepotrzebnie przedłuża i niebezpieczeństwo zapadu powiększa.

Aby jednak choréj oszczędzić niemiłego dodatku przetoki żółciowéj, dodałem do cholecystotomii podwiązanie przewodu żółciowego. Skutek dopisał, gdyż chora nasza od swoich dawnych boleści jest wolną, a pęcherz żółciowy przestał dla niéj istnieć; wydzielając przez pewien czas nieco wodnistéj

[1]) Operacyja Langenbucha (*cf. Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, str. 1025) tutaj nie należy. Krwotok zresztą i tu był tak groźny, że trzeba było jamę brzuszną powtórnie otworzyć.

śluzowatéj cieczy, wypełnił się ziarniną i, o ile wszyty był w ranę brzuszną, pokrył się blizną. Czy według téj metody już kto przedemną operował, nie jest mi wiadomo, w każdym razie rzecz warta dalszych doświadczeń.

Na przeszłorocznym kongresie chirurgów niemieckich sprawa metod operacyjnych w niniejszém cierpieniu dyskutowaną była dość obszernie i zgodzono się na to, aby kwestyję zaburzeń dla organizmu z danéj metody po pewnym czasie wyniknąć mogących postawić za lat kilka na porządku dziennym obrad kongresu. Że kwestyja w ten sposób postawiona może mieć swoją doniosłość, wykazało się np. przy całkowitéj ekstyrpacyi wola (*cachexia strumipriva)*, dla tego i naszych chorych nie trzeba spuszczać z oka celem przekonania się, która z metod operacyjnych po upływie dłuższego czasu okaże się najkorzystniejszą. (Dok. nast.)

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy i dokończenie Patrz Nr. 50).

Drugi sposób tworzenia się komórek wątrobowych z przybłonków kanalików, jaki P. przypuszcza, jest już wprost niemożebny. Już samo powstawanie komórek olbrzymich jest objawem wstecznym tych komórek przybłonkowych, z których przez spłynięcie pierwoszcza powstała komórka olbrzymia. Już samo spływanie pierwoszcza z kilku sąsiednich komórek w jednę masę jednostajną świadczy o naturze wstecznéj całego tego zjawiska, a najbardziéj znów za tém przemawia napawanie się krystalicznym barwikiem. Utwór zatém zwany komórką olbrzymią jest przeznaczony na zanik, z niego nic więcéj, tém mniéj komórka wątrobowa powstać nie może.

I co do samego powstawania tych komórek olbrzymich nie mogę się zgodzić z zapatrywaniami P. Większość ich powstaje z konglomeratu komórek przybłonkowych. Powstawanie ich wytłumaczyć sobie można stosunkami odżywczemi w bliźnie. Jak z początku przypływ soków odżywczych był zwiększony, tak późniéj odżywianie to staje się coraz bardziéj upośledzoném. W skutek urazowego podrażnienia przyszło do bujania komórek wątrobowych i do utworzenia pseudokanalików. W skutek zaś zmian w bliźnie saméj (coraz wyższa organizacyja téjże i kurczenie się) cierpieć musi odżywienie tych komórek przybłonkowych ułożonych w tkance, a następstwem tego zmiany wsteczne w pierwoszczu, mianowicie spływanie pojedynczych mas pierwoszcza w jednę całość, napawanie się barwikiem żółciowym. Tém się tłumaczy ta wielka różnica w obrazach histologicznych. Na pewnych grupach komórek wątrobowych można niekiedy wszystkie te zmiany widzieć obok siebie. Jako moment upośledzający odżywienie takich bujających komórek wątrobowych zauważyłem rozszerzenie naczyń włosowatych w tym odcinku zrazika przebiegających i zaczopowanie ich.

Sprawa zatém, jaką spotykamy przy gojeniu się ran w wątrobie, jest analogiczną z marskością zanikową. I tu panuje, przynajmniéj w późniejszych czasach, niestosunek między zmianami produktywno-zapalnemi w tkance łącznéj a takiemiż zmianami w miąższu wątrobowym. Zatém i na podstawie powyższych doświadczeń muszę zostać przy swém dawném zapatrywaniu co do histogenezy pseudokanalików w marskości zanikowéj i przerostowéj.

Jako objaw cechujący marskość przerostową podniosłem wielką ilość pseudokanalików w rozszerzonych przestworach międzyzrazikowych jakoteż wszędzie, gdzie przychodzi do tworzenia nowéj tkanki łącznéj. Zasadnicza różnica pomiędzy marskością przerostową a zanikową byłaby zatém ta, że w pierwszéj miąższ wątrobowy nie zanika, ale trwa daléj, tylko w postaci stosownie do otoczenia zmienionéj (embryjonalnéj), podczas gdy w marskości zanikowéj miąższ ten zostaje zastąpiony zbitą tkanką łączną. Cechy histologiczne tkanki łącznéj w jednéj i drugiéj postaci marskości nowowytworzonéj tłumaczą nam w sposób jasny, dla czego raz przychodzi do zwiększania narządu, drugi raz do zmniejszenia tegoż.

Zadać sobie teraz musimy pytanie, dla czego to w marskości zanikowéj miąższ zachowuje się przeważnie biernie, podczas gdy w marskości przerostowéj objawy proliferacyjne miąższu są w pewnéj równowadze z czynnością produktywną tkanki łącznéj. Do rozwiązania tego pytania posłużyć nam może sposób, w jaki odbywa się bujanie tkanki łącznéj, rozmieszczenie jéj topograficzne i granica między miąższem prawidłowym a tkanką łączną. Otóż pod tym względem nasuwają nam się w obu postaciach marskości dosyć znaczne różnice. Bujanie tkanki łącznéj jest nie tylko okołozrazikowe, ale i wśródzrazikowe w marskości przerostowéj. Wybitnym pod tym względem jest mój przypadek pierwszy, jakoteż przypadek Ackermanna. W tkance łącznéj nowowytworzonéj, która tak niejednostajnie przenika miąższ cały, znajdują się liczne naczynia włosowate tętnicze, które odżywiają należycie nie tylko tkankę łączną ale i beleczki wątrobowe objęte tą tkanką. Beleczki te, mając dostateczny zasób odżywienia, mogą podobnie jak i tkanka łączna ulegać sprawie proliferacyjnéj. Jeżeli rozmieszczenie nowowytworzonéj tkanki łącznéj nie jest tak rozlane jak w przypadku Ackermanna i moim, tylko trzyma się przeważnie przestworów międzyzrazików (mój przypadek drugi), to przecież z większych okołozrazikowych ognisk tkanki łącznéj wchodzą do miąższu wzdłuż przestworów naczyń włosowatych liczne unaczynione wypustki tkanki łącznéj. Te wypustki obejmują pojedyncze grupy komórek wątrobowych, odżywiają je należycie i umożliwiają ich bujanie. I znów tutaj mimo tego, że bujanie tkanki łącznéj nie jest rozlane, przychodzi na obwodzie zrazików do zastąpienia miąższu prawidłowego przez miąższ embryjonalny. Cały narząd nie tylko zmniejszać się nie może, ale zwiększyć się musi. Wprawdzie i w marskości zanikowéj na licznych miejscach wchodzi tkanka łączna z obwodu do miąższu, wypustki te jednak nie są nigdy takim stałym objawem, jak w moim drugim przypadku, przeciwnie granica między miąższem a tkanką łączną jest w marskości zanikowéj ostrą. Ta tkanka łączna buja tutaj do zrazików nie w kierunku promieni, lecz w kierunku stycznéj, oddzielając powierzchowne komórki wątrobowe lub ich małe grupy, które późniéj ulegają zanikowi, a tylko nieznaczna część ulega bujaniu. Przytém ważną musi odgrywać rolę w marskości zanikowéj kurczenie się tkanki łącznéj; nie jest ona nigdy tak wiotką jak w marskości przerostowéj, lecz składa się z wiązek zbitych tkanki łącznéj, podczas gdy w marskości przerostowéj znajduje się w niéj pełno przestworów, w których umieszczone są pseudokanaliki.

W zasadzie zatém są tylko ilościowe różnice pomiędzy marskością przerostową a zanikową. Przypuścić zatém musimy pewne postacie marskości, w których zmiany proliferacyjne miąższu przeważają znacznie nad objawami zaniku i te postacie słusznie właśnie ze względu na to zachowanie się miąższu musimy oddzielić od marskości zanikowéj Laënneca, bo tu rzeczywiście przychodzi do przerostu miąższu, chociaż w postaci zmienionéj. Z tego wynika daléj, że w jednéj i téj saméj wątrobie możemy znaleźć kombinacyję tych dwóch spraw, daléj że istnieć mogą postacie marskości, z których jedne ze względu na zachowanie się miąższu i tkanki zbliżać się więcéj będą do marskości przerostowéj, inne do zanikowéj, a ostatecznemi wynikami tych spraw będą marskość przerostowa i zanikowa.

W marskości zanikowéj zachodzą także różne odmiany co do własności histologicznych nowowytworzonéj tkanki łącznéj. W przypadkach świeżych składa się ona z młodéj tkanki łącznéj, zawierającéj liczne komórki limfoidalne, w przypadkach starszych składa się ze zbitéj tkanki łącznéj, zawierającéj przeważnie tylko jądra wrzecionowate, jeżeli zaś sprawa zapalna nie jest jeszcze ukończona, to w środkowych częściach rozszerzonych przestworów międzyzrazików znajduje się zbita tkanka łączna, ku obwodowi zaś tkanka granulacyjna. Te różnice znajdujemy częściowo i w postaci przerostowéj marskości z tą różnicą, że tutaj i we wyżéj organizowanéj tkance łącznéj znajdują się pseudokanaliki, dla tego też kurczliwość tkanki łącznéj jest tutaj daleko mniejszą niż w postaci zanikowéj. Że jednak ta kurczliwość w ogóle ma miejsce, widzimy to z drobnoziarnistéj powierzchni, którą często spotykamy w postaciach przerostowych.

Żółtaczka jest częstszém zjawiskiem w postaci przerostowéj niż zanikowéj. Różnicę tę można by odnosić do odmiennego zachowania się miąższu w obu tych postaciach marskości. Mianowicie znajdujemy częściéj objawy tegoż miąższu w postaci zanikowéj niż przerostowéj. Gdzie komórki wątrobowe zanikają powolnie, nie nagle, jak w ostrym żółtym zaniku wątroby, wydzielają bezsprzecznie mniéj żółci niż prawidłowe komórki w marskości przerostowéj. Obraz ten zresztą zależy także od zachowania się przewodów żółciowych. Pod tym ostatnim względem nie ma różnic pomiędzy marskością przerostową a zanikową.

Według zdania niektórych autorów objawy zastoju są wybitniejsze w marskości zanikowéj, a marskość przerostowa ma się właśnie cechować brakiem tych objawów. Zapatrywanie to polega na spostrzeżeniach jeszcze zanadto małéj liczby przypadków, aby je można uważać za bezwzględnie prawdziwe. Podobnie jak żółtaczka tak i puchlina brzuszna są objawami, których przyczynę musimy pozostawić przyszłym badaniom. W każdym razie nie możemy puchliny odnieść do téj okoliczności, że daleko częściéj się spotyka zapalenie żył z zamknięciem ich światła na gałęziach żył wątrobowych niż na gałęziach żyły bramnéj (Sabourin [1]). Nie tłumaczyłoby to nam zresztą niczego.

Cornil i Ranvier [2]) zaliczają do marskości przerostowéj jako różne typy téj marskości: 1) t. z. *cirrhose biliaire*, 2) *cirrhose hypertrophique graisseuse*, 3) *cirrhose hypertrophique des diabétiques*. O ile pierwsza z tych postaci, *cirrhose biliaire*, powstająca po zamknięciu z jakiegokolwiek powodu wielkich przewodów żółciowych (tu zaliczam i doświadczalne podwiązanie przewodu żółciowego), może być zaliczaną do marskości przerostowéj, o tém mówię w dziale eksperymentalnym niniejszéj pracy. Co do *cirrhose hypertrophique graisseuse* opisanych przez Hatinela [1]), Sabourina [2]) i Merkleina [3]), to może zachodzić wątpliwość, czy zwiększenie wątroby w tych przypadkach nie pochodziło z nacieku tłuszczowego, a postać marskości nie była zwyczajną zanikową. Z opisu przypadków tych autorów można by sądzić po zachowaniu się tkanki łącznéj i sposobu jéj bujania, że należały one do przerostowéj postaci marskości. Z preparatu, który przywiozłem sobie od Cornila, można by równie to przypuszczać. Za charakterystyczne jednak pod tym względem muszę uważać własności histologiczne nowowytworzonéj tkanki łącznéj, ilość embryjonalnego, nowowytworzonego miąższu wątrobowego i własności granicy między miąższem a tkanką łączną. Mój przypadek trzeci właśnie tylko z tych powodów zaliczyłem do marskości przerostowéj. Bujanie tkanki łącznéj okołozrazikowéj tylko na niektórych miejscach było tu pierścieniowate, tłuszczowo nacieklé zraziki mogły się zwiększyć, bo temu nie przeszkadzała ze wszystkich stron otaczająca je tkanka łączna. W marskości zanikowéj zwiększenie zrazików pojedynczych w skutek nacieku tłuszczowego jest tylko do pewnego stopnia możebném, bo pojedyncze wyspy miąższu otoczone są tu ze wszystkich stron raczéj kurczącą się, niż dającą rozszerzyć tkanką łączną. Zwiększenie zatém wątroby w moim trzecim przypadku należy w większéj części odnieść do nacieku tłuszczowego i nie na podstawie tego zwiększenia narządu, ale tylko na podstawie zmian w przestworach międzyzrazikowych, przypadek ten zaliczyłem do marskości przerostowéj.

Stosunek miąższu zachowanego do tkanki łącznéj nowowytworzonéj może okazywać inne modyfikacyje aniżeli wyżéj wymienione. I tak większa część miąższu wątrobowego, np. całego płatu lub większéj jego części, może być zastąpiona tkanką łączną, jak np. w moim przypadku marskości zanikowéj ostréj (l. c.). W przypadku tym tylko małe wysepki miąższu wątrobowego były zachowane wśród tkanki granulacyjnéj. Wszystkie zmiany tak na miąższu jakoteż i w tkance łącznéj odpowiadały tu marskości zanikowéj. Zastąpienie miąższu przez tkankę łączną granulacyjną odbywało się tutaj tylko w sposób daleko szybszy niż w marskości zanikowéj przewlekłéj. Pewna część miąższu zostawszy otoczona tkanką granulacyjną, okazywała tu objawy proliferacyjne (pseudokanaliki), większa część jednak zanikła. W skutek tego szybszego przebiegu, jaki cała sprawa okazywała, tkanka łączna miała tutaj cechy tkanki granulacyjnéj. W skutek różnic histologicznych między tym przypadkiem a zwyczajnym obrazem zaniku żółtego ostrego, przypadek ten zaliczyłem do spraw zapalnych, których punktem wyjścia jest, jak we wszystkich przypadkach marskości, tkanka łączna międzyzrazikowa.

Przypuszczenie Ackermanna, jakoby punktem wyjścia dla sprawy zapalnéj w marskości zanikowéj było zwyrodnienie na obwodowych częściach zrazików, a jako oddziaływanie na to zmiany zapalne w tkance łącznéj, nie da się niczém poprzeć. Niezrozumiałém byłoby tu zwyrodnienie wzgl. ne-

[1]) *Note sur l'oblitération des veines sus hepatiques dans la cirrhose du foie. Revue de médecine août* 1882 p. 671. — [2]) *Manuel d'histologie pathologique tome deuxieme* 1884 pag. 132.

[1]) *Etudes sur quelques cas de cirrhose avec stéatose du foie* (*Société clinique de Paris* 10 mars 1886). — [2]) *Cirrhose hypertrophique graisseuse* (*Archives de physiologie* 1881 p. 584). — [3]) *Sur deux cas de cirrhose hypertrophique graisseuse avec ictère.* (*Revue de medécine* 1882 p. 997).

kroza tylko obwodowych komórek w zrazikach, gdy szkodliwość mająca wywoływać to zwyrodnienie (wyskok) krąży także wśród naczyń włosowatych śródzrazikowych. Przeciwnie zaś, wiemy z doświadczenia, jak słusznie zauważa Rindfleisch [1]), że u alkoholików tkanka łączna gdziekolwiek się znajduje (nietylko w organach miąższowych) okazuje dążności produktywne. Większość też autorów widzi punkt wyjścia całéj sprawy zapalnéj w tkance łącznéj około żyły bramnéj, z wyjątkiem Strümpella i Aufrechta [2]). Często zresztą spotykamy obrazy w marskości zanikowéj, gdzie komórki wątrobowe przylegające bezpośrednio do tkanki łącznéj są prawidłowe, a w środkowych częściach zrazików zmiany wsteczne na tych komórkach są wybitniejsze. Zapatrywanie Sabourina (l. c.), jakoby obszar żył wątrobowych był pierwotną siedzibą zmian zapalnych, nie da się usprawiedliwić w obec téj okoliczności, że w większości przypadków marskości przynajmniéj w początkowych okresach ostatnie rozgałęzienia żył wątrobowych nie przedstawiają zmian żadnych. W obec zdania Sabourina, że jeżeli w wyspach miąższu zmienionego w skutek marskości coś znajdujemy, to jest to tylko gałązka żyły bramnéj, muszę oświadczyć, że jest to właśnie tylko *venula centralis*.

Do marskości przerostowéj musimy zaliczyć jeszcze jednę postać zapalenia przewlekłego, która jakkolwiek etyjologicznie stanowi chorobę *sui generis*, to przecież zmianami makroskopowemi i mikroskopowemi zbliża się do marskości przerostowéj. Jestto zapalenie rozlane w kile wrodzonéj (*hepatitis interstitialis diffusa chronica*). Jestto choroba względnie często napotykana u noworodków, okazujących i inne objawy kiły. W pierwszych dniach po urodzeniu spotykamy zwykle w zwiększonéj i gładkiéj wątrobie rozlany naciek drobnokomórkowy w przestworach międzyzrazikowych i wzdłuż wszystkich prawie naczyń włosowatych (*hepatitis pericellularis congenita diffusa*). Naciek taki kombinuje się często z kilakami prosówkowemi. Wyższe stopnie organizacyi tego nacieku, mianowicie jego przemianę w tkankę łączną, spotykamy bardzo rzadko, bo dzieci umierają zwykle wcześniéj nim do tego przyjdzie.

Jeden z tych rzadszych przypadków jest następujący:

Dotyczył on dziecka 62-dniowego, zmarłego w tutejszym domu podrzutków wśród znacznego wycieńczenia i objawów kiły na skórze (*Stolpa Anna*). Dziecko pochodziło z matki dotkniętéj kiłą, rozpoznanie kliniczne brzmiało: *debilitas congenita, lues*; rozpoznanie zaś anatomiczne: *hepatitis luetica diffusa, plaques muqueuses labiorum et faciei, tumor lienis chronicus, atrophia universalis*. W protokóle sekcyjnym (Obrzut) zanotowano o wątrobie: Wątroba wielka, powierzchnia jéj gładka, błona surowicza nieznacznie zgrubiała, napięta, na powierzchni przekroju miąższ jest barwy jednostajnie brunatnozielonawéj bez żadnego śladu budowy zrazikowéj, zbitość znacznie zwiększona.

Badanie drobnowidowe wykazało: Sprawa zapalna w tym przypadku w całém tego słowa znaczeniu jest rozlana, nieograniczająca się jak w innych postaciach marskości do przestworów międzyzrazikowych lub przeważająca w tychże. Miąższ jest tu w całéj swéj rozciągłości i wszędzie w równym stopniu podzielony bujającą tkanką łączną na pojedyncze składniki, tak że stosunek tych składników do siebie już w niczém nie przypomina fizyjologicznego podziału na pojedyncze beleczki i zraziki. Wśród tkanki łącznéj delikatnie włóknistéj, zawierającéj więcéj jąder wrzecionowatych niż okrągłych, ułożone są komórki wątrobowe po dwie, do kilku lub kilkunastu obok siebie. Te odcinki beleczek wątrobowych pod względem położenia pojedynczych komórek obok siebie i ich wielkości, jakotéż kształtów, okazują znaczne różnice. Kształt ich w ogóle jest poskręcany łukowato lub esowato z uciętemi lub ślepo kończącemi się wypustkami. Grubość ich wreszcie jest różna. Miejsca grubsze odpowiadają dwom do trzech komórek wątrobowych obok siebie, części cieńsze zaś składają się z pojedynczego szeregu komórek, które nadto mogą być przypłaszczone i wydłużone, tak że szerokość pierwoszcza odpowiada wielkości jądra. Komórki wątrobowe zwykle nie przylegają bezpośrednio do swych pochewek tkanki łącznéj, tylko oddzielone są od nich szerszym lub węższym wolnym przestworem. W niektórych miejscach takie części beleczek wątrobowych są na drodze przemiany w pseudokanaliki; ma to więc miejsce nie tylko w otoczeniu przestworów międzyzrazikowych, czyli na obwodzie istniejących dawniéj zrazików, objaw ten zauważyć można równie często i w pobliżu żyłki środkowéj. Przemiana ta uwydatnia się tym sposobem, że np. jeden koniec beleczki składa się z prawidłowych komórek wątrobowych, podczas gdy drugi koniec lub jedna ze ślepych wypustek składają się z małych komórek przybłonkowych, bezpośrednio do siebie przylegających o bardzo wąziutkiéj obwódce pierwoszcza. Takie obojętne komórki przybłonkowe ułożone w krótkie szeregi lub małe grupy znajdują się i niezależnie od komórek wątrobowych a umieszczone są w łącznotkankowych przestworach, których kształt jest zupełnie identycznym z pochewkami tkanki łącznéj, otaczającemi wyżéj opisane beleczki wątrobowe. Wreszcie spotykamy w téj wiotkiéj tkance łącznéj przestwory, obejmujące jednę komórkę wątrobową rozmiarów prawidłowych o dwóch do trzech jądrach a w koło niéj przylega bezpośrednio do niéj kilka małych komórek przybłonkowych. Zmian polegających na zwyrodnieniu ani na komórkach zachowanych ani przemienionych w kanaliki nie widać wcale.

Na uwagę nadto zasługują zmiany w naczyniach krwionośnych. Ściany tychże (wszystkich trzech naczyń wątroby) są znacznie zgrubiałe. Zgrubienie to pochodzi częścią od wzmożenia się składników prawidłowo składających tę ścianę, częścią od nacieku drobnokomórkowego. W skutek bujania błony wewnętrznéj naczynia zwłaszcza średnie gałązki tętnicy wątrobowéj są zwężone, niekiedy zupełnie zamknięte. Błona zewnętrzna spływa bez wyraźnéj granicy z pochewką Glissona, w któréj znajduje się więcéj jąder wrzecionowatych niż okrągłych. W skutek tych zmian na naczyniach i lekkiego rozszerzenia tkanki łącznéj około żył przestwory międzyzrazikowe są lekko rozszerzone, kształt ich jest jednak całkiem prawidłowy. Owych grubych wypustek do sąsiednich przestworów międzyzrazikowych nie spotykamy tu nigdzie, natomiast wychodzą z tych przestworów liczne cieniutkie wypustki wzdłuż wszystkich naczyń włosowatych do otaczającego miąższu. Następstwem tego jest, że przestwory międzyzrazikowe mają kształty gwiazd o bardzo licznych i cienkich promieniach. Podobnie błona zewnętrzna gałązek żył wątrobowych spływa z tkanką łączną wśródzrazikową. Nigdzie nie widzimy tutaj zastąpienia miąższu przez tkankę łączną, zjawiska tak zwyczajnego w różnych postaciach marskości. Miąższ jest tu w ogólności zachowany, tylko podzielony tkanką łą-

[1]) *Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre* 1886 p. 486.
[2]) *Die 57 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg* (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 50. 1884).

czną śródzrazikową na pojedyncze odcinki. W kanalikach żółciowych prawdziwych nie znajdują się żadne zmiany.

Przypadek ten z zupełnem uprawnieniem można zaliczyć do marskości przerostowej, bo pomimo tak rozległej sprawy zapalnéj śródmiąższowéj cały narząd był powiększony. Zwiększenie to ma tę samą przyczynę co zwiększenie organu w marskości przerostowéj, t. j. zachowanie téj samej ilości miąższu co w stosunkach fizyjologicznych. Tkanka łączna stanowiła tu owo *plus*, zwiększające narząd i jego zbitość. Przemiana miąższu prawidłowego na miąższ embryjonalny była tu tylko ograniczoną, przypuszczać jednak należy, że gdyby życie było trwało dłużéj, przemiana ta byłaby rozleglejszą.

Na tém kończę ustęp o t. z. *cirrhosis haematogenes* [1]), a o innych postaciach pomówię w artykułach następnych.*)

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Sprawozdanie o nowszych lekach.

Zestawił Docent Dr. W. Antoni Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

II. Antifebrin.

1. Snyers: Antifebrin w gośćcu stawowym ostrym. *Le Progrès med.* 1886, Nr. 50 i 1887 Nr. 3. — 2. Cahn i Hepp: *Uiber Antifebrin u. verwandte Körper. Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 1. — 3. Sippel: *Uiber Antifebrinbehandlung. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 12. — 4. Secretan: *De l'antifebrine. Revue méd. de la Suisse romande*, 1887, Nr. 1. — 5. Eisenhart: *Das Acetanilid als Antirheumaticum. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 24. — 6. Dujardin-Beaumetz: *De l'antifebrine. Le Progrès méd.*, 1887, Nr. 2. — 7. Dujardin-Beaumetz: *Bull. gén. de therap.*, 1887, Nr. 6. — 8. Fischer: *Antifebrin gegen lancinirende Schmerzen. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 23. — 9. Demiéville: *De l'antifebrine. Revue med. de la Suisse romande*, 1887, Nr. 7. — 10. Salm: *Uiber Antifebrin als Antiepilepticum. Neurol. Centralblatt*, 1887, Nr. 11. — 11. Fanze i Deny: *Revue gén. de clinique et de therap.*, 1887, Nr. 20. — 12. Faust: *Antifebrin gegen Kopfschmerzen. Deutsch. med. Woch.*, 1887, Nr. 26.

Przez Cahna i Heppa antifebrin polecony jako środek przeciwgorączkowy zyskał w ostatnim roku podobnie jak antipyrin zastosowanie szersze w tych samych razach co ten ostatni:

Snyers (1) poleca go w ostrym gośćcu stawowym, w którym antifebrin prócz działania przeciwgorączkowego rozwija i swoiste działanie podobnie jak *natr. salicyl.* lub antipyrin, stoi jednak niżéj od tych dwóch środków. To samo zdanie wypowiadają Cahn i Hepp (2); Eisenhart (5) zaś, który stosował antifebrin u 34 chorych dotkniętych ostrym gośćcem stawowym, stawia go na równi z innemi środkami w téj chorobie podawanemi. Dawka przez niego używana wynosiła 0·25 kilka razy dziennie (6—8 razy), jeżeli nasilenie choroby wolniało, podawał 4 razy. W niektórych razach stosował 0·50 3—6 razy dziennie z dobrym skutkiem. Ze wszystkich sprawozdawców jeden Secretan (4) mniéj pomyślne otrzymał wyniki, wypowiedzenie jednak zdania stanowczego zastrzega sobie na późniéj.

Podobnie jak antipyrin tak samo i antifebrin polecił w roku zeszłym Lépine przeciw przeszywającym bólom u tabetyków. Dujardin-Beaumetz (6) potwierdza to spostrzeżenie (stosując dawkę 0·50 w winie), dodaje nadto, że w jednym przypadku udało mu się uśmierzyć napady padaczkowe (*epilepsia*). W późniejszéj swéj pracy (7) donosi o dalszych pomyślnych wynikach w padaczce, nadto rozszerza zakres stosowania antifebrinu jako środka uśmierzającego w bólach nietylko u tabetyków ale i w innych razach, np. w nerwobólach. Dawkę stosował 0·50 3—4 razy dziennie dodając, że chorzy niegorączkujący znosili tę ilość antifebrinu nawet przez tygodnie całe podawaną bez szwanku. Dodatnie działanie antifebrinu przeciw bólom rozmaitego rodzaju potwierdzają spostrzeżenia Secretana (4) a zwłaszcza Fischera i Demiévillea. Fischer (8) podając u 18 tabetyków przeciw przeszywającym bólom tylko u jednego nie otrzymał pożądanego wyniku. Działanie rozpoczynało się w 30—90 minut. F. zwykle zapisuje w proszkach po 0·25, które chorzy noszą przy sobie, a w razie rozpoczynającego się bólu biorą natychmiast dwa proszki lub w razie potrzeby i więcéj. Popicie winem lub koniakiem jest pożądane. Chorzy nie przyzwyczajają się do tego środka. Przeciw innym bólom antifebrin również korzystnie działał. Démiéville (9) stosował antifebrin przeszło u 80 chorych. Jeżeli antifebrin ma działać jako nervinum, musi być podawany w dawkach dużych 0·50 3—4 razy dziennie. Mniejsze dawki skutkują tylko u dzieci lub osób osłabionych. Ból ustępuje szybko niekiedy po kwadransie, czasem jednak dopiero po 1—2 godzinach. Zwykle pojawia się równocześnie lekka senność (o tém ostatniém działaniu wspomina już Secretan) (4). W przeciwieństwie do Fischera D. twierdzi, że do antifebrinu po długiem używaniu można się przyzwyczaić. Autor stosował antifebrin w 11 przypadkach nerwobólu kulszowego (w 8 z bardzo dobrym wynikiem), w 8 przypadkach lumbago, w 7 bolesnéj menstruacyi, u 3ch tabetyków, w 2 przypadkach zgorzeli starczéj (*gangraena senilis*) dla wielkich bólów itd. Średnio biorąc był wynik bardzo dobry. Faust (12) wreszcie stwierdził skuteczność antifebrinu w połowiczym bólu głowy i w innych bólach głowy, byle nie opartych na zmianach organicznych w mózgu lub jego oponach, jeżeli podawał w odpowiednio dużéj dawce (0·50—1·0).

O ile ze wszystkich stron pomyślne nadchodzą sprawozdania o dodatniém działaniu antifebrinu przeciw rozmaitym bólom i sam je z własnego doświadczenia potwierdzić mogę, o tyle ujemne jako środka uśmierzającego napady padaczkowe (patrz spostrzeżenia Dujardin Beaumetza) (6 i 7). Już Demiéville w pracy co dopiero streszczonéj wspomina, że na 7 przypadków padaczki tylko w jednym mógł stwierdzić wybitne polepszenie; natomiast tak Salm (10) podając antifebrin na skutek polecenia Dujardin-Beaumetza u 11 padaczką dotkniętych, jak również Fanze i Deny (11) w 5 przypadkach nie widzieli żadnego dodatniego skutku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

J. Boas: **Papierki tropeolinowe jako odczynnik na kwas solny.** Z używanych dotąd odczynników zwłaszcza barwików anilinowych nie dawał żaden pewnego wyniku, to też starano się podawać coraz to nowe odczynniki na kw. solny. W ostatnich czasach Hösslin a następnie i Riegel zalecili czerwień kongo w roztworze lub w postaci papierków napojonych tym barwikiem jako odczynnik na kw. solny, który przy zawartości 0,002% kwasu miał dawać pewną próbę. Odróżnić kwasy organiczne od nieorganicznych za pomocą kongo nie udawało się. Tak kw. solny jak i mlekowy i kw. masłowy przy pewnem

---

[1]) Materyjał dotyczący zmian kiłowych w wątrobie u dorosłego nie jest jeszcze uporządkowany i dla tego badanie histologiczne tego materyjału muszę odłożyć na późniéj.

*) Podamy je w styczniu r. p. *Red.*

zgęszczeniu dawały z kongo niebieskawe zabarwienie i z doświadczeń robionych przez B. okazało się, że przy 0,01% kw. solnego daje już kongo zabarwienie niebieskawe, lecz takież samo zabarwienie powstaje, jeżeli weźmiemy kw. mlekowy w rozcieńczeniu 0·03%. Najsłabsze rozcieńczenie, aby już z kongo występowało niebieskawe zabarwienie, jest dla kw. mlekowego 0,02%, a dla kw. masłowego 0,03%—0,04%. Z dodatnich jeszcze stron kongo należy uwzględnić, że sole kwaśne nie wywołują niebieskiego zabarwienia. Za to sól kuchenna lub sole fosforowe w nieznacznym stopniu upośledzają tę próbę, jak również obecność peptonów i istot białkowych.

Chcąc tym niedogodnościom zapobiedz, robił B. próby z tropeoliną, która w obec kw. solnego rozcieńczonego daje piękne lilijowe zabarwienie. Tropeolina 00 (czyli kw. oksynaftylasofenylsulfenowy) z fabryki Schuchardta okazała się najlepszą i tę tylko poleca B. Próbę na kw. solny należy robić w ten sposób: Bierze się 4—5 kropli rozczynu wyskokowego tropeoliny na porcelanową miseczkę, rozprowadza się ją po miseczce, następnie dodaje się parę kropli badanego płynu i ostrożnie ogrzewa się nad lampką wyskokową. Jeżeli kw. solny jest obecny, to powstają tu i owdzie miejsca lilijowo zabarwione i one są właśnie charakterystyczne dla kw. solnego. Kw. organiczne nawet w rozczynie 1% nie dają téj próby. W ten sposób można wykryć kw. solny w rozcieńczeniu 1—2‰. Zamiast rozczynu tropeoliny można używać papierków napojonych tropeoliną, jakkolwiek papierki te są mniéj już czułe niż sam rozczyn. Poszuktwanie kw. solnego za pomocą tych papierków uskutecznia się w ten sposób, że się daje do miseczki porcelanowéj, w któréj się znajduje papierek treopeolinowy, 2—3cm.sz. badanego płynu. Papier ten barwi się natychmiast brunatno, jeżeli kw. solny jest obecny. Jeżeli jednak ogrzewamy miseczkę nad lampką wyskokową, to cały płyn przybiera barwę mahoniową, a na brzegach występuje charakterystyczne zabarwienie lilijowe. Przy obecności kw. mlekowego lub masłowego płyn ten barwi się tylko żółto. Można też próbę na kw. solny wykonać w inny sposób: zamaczać papierek w badanym płynie, a w obec kw. solnego papierek zabarwi się brunatno, gdy się go zaś ogrzewa nad lampką, wystąpi po brzegach lilijowe zabarwienie, jeżeli kw. solny jest obecny. Jeżeli zaś są tylko kw. organiczne, to wystąpi brunatne zabarwienie papierka, ale przy ogrzewaniu nie pokaże się barwa lilijowa. Z doświadczeń robionych z tym papierkiem okazało się, że jeżeli nie daje on z pewnym płynem zabarwienia lilijowego, to płyn ten wówczas zawiera mniéj niż 0,05% wolnego kw. solnego. (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 39).

Dr. J. Surzycki.

Formuły lekarskie. Użycie salolu zewnętrzne.

1. Na popękane brodawki sutkowe:

Rp. Saloli	4·00
Solve in	
Aetheris sulfurici	4·00
Adde	
Collodii elastici	30·00

2. Mazidło na oparzeliny:

Rp. Olei olivarum	60·00
Saloli	10·00
Aquae calcis	60·00
M. f. linimentum	

3. Woda na zęby:

Rp. Saloli	3·00
Spiritus vini	150·00
Olei anisi stellati	
Olei geranii āā	0·50
Olei menthae piper.	1·00

MDS. Woda na zęby.

(*Bulletin général de Thérapeutique.* 15 Sept. 1887).

Chirurgija.

Kolischer (Wiedeń): **O leczeniu gruźlicy miejscowéj za pomocą wapna.**

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu (18 listopada 1887) miał K. znowu wykład o swoim sposobie leczenia gruźlicy miejscowéj. Już w parę miesięcy po ogłoszeniu swojéj metody, zwrócił uwagę lekarzy w *Wien. med. Presse* 1887 Nr. 29, że tylko w niektórych przypadkach można się po niéj dobrego wyniku spodziewać. Obecnie przyznaje sam K., że stało się z jego sposobem leczenia gruźlicy miejscowéj tak, jak z leczeniem mięsaków limfatycznych za pomocą arszeniku, po którém tylko niekiedy wynik bywa zadowalający. Że wyniki jego niezawsze korzystnie się przedstawiają, pochodzi od licznych zwykle napotykanych ognisk gruźliczych w jedném miejscu, np. w stawie kolanowym; ile tu może być ukrytych małych jamek i ognisk serowatych, zmartwiałych? Złe wyniki obciąża zgorzel po wstrzykiwaniach, jużto z powodu sprawy zapalnéj odczynowéj, jużto urazu mechanicznego i tak już niezdrowych części miękkich. Do sprowadzenia szybkiego zamknięcia się przetok po ropniach szczególnie opadowych używa od niedawna pręcików wapiennych 5% swego składu z dobrym skutkiem, a do jam po sekwestrotomijach tamponów z gazy wapiennéj. Otwarcie przyznaje, że do leczenia gruźlicy u starszych osób sposób jego się nie nadaje, jest on tylko próbą, wynik dobry rzadkością. U dzieci za to wynik po nim jest daleko lepszy; przedstawił na tém samém posiedzeniu przypadki, w których już ¾ roku nawrotu choroby nie ma; ale i u dzieci, jeżeli sprawa chorobowa rozległa, zajmuje liczne kości drobne i stawy, np. nadgarstkowe lub śródstopowe, wyleczenie z prostych przyczyn bywa niezupełne. (*Wien. med. Presse* 1887, Nr. 48).

H. K.

(*H. K.*) W liście pisanym do redakcyi niżéj podanego czasopisma potwierdza prof. Sonnenburg (Berlin), że używa już od kilku miesięcy wstrzykiwań zgęszczonych rozczynów kwasu karbolowego w guzy krwawnicowe z bardzo dobrym skutkiem. Najchętniéj używa do tego rozczynu kw. karbol. z gliceryną 1·0 na 4·0, a z tego wstrzykuje 2 do 4 kropli w każdy guz, stosownie do wielkości jego. Do guzów wysoko w odbytnicy leżących zabieg ten się nie nadaje. Im bliżéj leży guz otworu stolcowego, tém leczenie boleśniejsze; leczenie w ogóle widocznie niebardzo bolesne, bo je nawet kobiety łatwo znoszą. Już w czwartym dniu guzy tracą napięcie, więdną, jak się S. wyraża. Sposób ten jest bardzo dobry, nie wymaga bowiem ani usypiania chorego, ani wielkiéj wprawy operacyjnéj. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1887, Nr. 44).

Okulistyka.

Dr. W. Roeder: **O zapaleniu torebek włosowych rzęs, przyczynach i leczeniu tego cierpienia.**

Blepharadenitis okulistów jest, zdaniem autora, cierpieniem identycznem z *sycosis* innych, uwłosionych części ciała. Dla poparcia tego twierdzenia odwołuje się głównie do analogij w rozwoju (których jednak bliżéj nie określa) i na skuteczności epilacyi w obydwu cierpieniach. Z trzech głównych przyczyn zapalenia torebek rzęs: zapaleń spojówki, zwężenia przewodu noso-łzowego i śluzotoku woreczka łzowego, dwie pierwsze wywołują charakterystyczne zmiany jedynie na miejscu najniższém brzegu powiekowego, a więc w części środkowéj, ostatnia zaś przyczyna prowadzi do szerze-

nia się sprawy w całéj długości brzegu powiek. Różnicę tę tłumaczy autor têm, że w pierwszym razie stagnujące łzy i śluz dążą jedynie ku miejscu najniższemu, tłusta wydzielina bowiem gruczołów łojowych nie dozwala im się rozlewać na szerszéj przestrzeni. W przypadkach zaś śluzotoku woreczka łzowego domieszka ropy tworzy ze łzami rodzaj emulsyi, która łatwiéj przenika do wnętrza torebek włosowych. Skutkiem tego pęcznieją one, przewody towarzyszących im gruczołków łojowych ulegają zatkaniu, a infekcyja ropna wywołuje około rzęs drobne ogniska ropne, które pękają, poczém treść ich zasycha, tworząc wraz ze złuszczonym przyskórkiem znane strupki między nasadami rzęs. W miarę dłuższego trwania procesu następuje bliznowate ściągnięcie się zewnętrznéj pochewki włosowéj, skutkiem czego włos powstrzymywany w swobodnym wzroście ku przodowi szuka sobie miejsca wśród saméj torebki, co wywołuje ów znany haczykowaty kształt schorzałych rzęs. Wychodząc z takiego zapatrywania radzi autor obok leczenia skierowanego przeciw cierpieniu pierwotnemu, epilować rzęsy, têm bardziéj, że świeżo odrastające, co nie rzadko się zdarza, mają być piękniejsze i dłuższe. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*).

Dr. Sroczyński.

Deutschmann (Hamburg): **O sympatyczném zapaleniu ócz.**

Przyczyną zapalenia sympatycznego bywa schorzenie oka drugiego. Od jednego cierpienia do drugiego upływa zwykle 3—6 tygodni, niekiedy miesiące i lata. Już w r. 1854 przypuszczał Mackenzie trojakie drogi, któremi zapalenie z jednego oka do drugiego przenieść się może: naczynia, nerwy rzęskowe lub nerw wzrokowy. H. Müller oświadczył się za nerwami rzęskowemi. D. badał tę rzecz doświadczalnie. Hodowle czyste z *staphylococcus pyogenes Rosenbachii* w rozczynie soli kuchennéj wstrzyknięte do ciałka szklanego jednego oka królikom wywołały po 8—10 dniach sympatyczne zapalenie nerwu wzrokowego na oku drugiém, a wkrótce potém posocznicę; ten sam pasorzyt wstrzyknięty do samego nerwu wzrokowego, sprowadził w tym samym czasie typowe ropne sympatyczne zapalenie oka drugiego. Drogą zakażenia we wszystkich doświadczeniach była podoponowa pochewka nerwu wzrokowego. W oczach wyłuszczonych ludzkich po sympatyczném zapaleniu nawet i w ich cieczy komórkowéj mógł D. wykazać te same koki. D. wysnuwa z tego wniosek, że sympatyczne zapalenie oka powstaje przez zakażenie pasorzytem *staphylococcus pyogenes Rosenbachii aureus* i *albus*. Niewystąpienie sympatycznego zapalenia oka po zapaleniu całego oka tłumaczy D. têm, że w niém ropa wydobywa się zazwyczaj na zewnątrz. Wyłuszczenie pierwotnie zajętego oka uważa D. na podstawie swoich doświadczeń za usprawiedliwione tylko wtedy, gdy nerw wzrokowy drugiego oka jeszcze nie jest zakażony, a radzi go w takich przypadkach jak najgłębiéj wyciąć. (*Münch. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 44). *H. K.*

Choroby krtani.

Baumgarten (Budapeszt): **Kokain jako środek rozeznawczy w chorobach krtani.**

Mimo najściślejszego badania nie można bardzo często w chorobach krtani stanowczo rozpoznać pewnych zmian. W pierwszym rzędzie należy tu naciek więzadeł, który może pochodzić od zwykłego nieżytu, od gruźlicy, zołzów, kiły, raka lub od liszaja. Nie powinno się wprawdzie rozpoznawać choroby krtani nie zbadawszy dokładnie, oprócz ścisłego badania miejscowego, skóry na ciele całém lub narządów wewnętrznych, któregoto badania wynik na rozpoznanie choroby krtani stanowczo wpłynąć może; niekiedy jednak i to zawodzi. B. znalazł w kokainie środek, który nam w takich razach pomódz może. Przekonał się on w kilku przypadkach, w których w całym ustroju nic nieprawidłowego wykazać nie mógł, miejscowo zaś tylko słabszy lub silniejszy naciek więzadeł, jednego lub obydwóch, zresztą żadnych innych objawów, że po zapędzlowaniu 10% rozczynem kokainu, więzadła poprzednio czerwone, obrzmiałe, bladły i klęsły, chrypka na pewien czas ustępowała a niekiedy i ból ustawał. W tych przypadkach miał do czynienia z ostrym lub przewlekłym nieżytem, będącym przyczyną nacieku, nigdy późniéj do głębszych zmian nie przyszło; za to w innych przypadkach, w których po zapędzlowaniu kokainem naciek się utrzymywał jak przed zapędzlowaniem, a tylko podmiotowo ulgę sprowadził, występowały potém albo wyraźne objawy kiły w krtani, albo gruźlicy, albo zapalenie ochrzęstny.

Na podstawie dotychczasowego swego doświadczenia sądzi B., że w każdym przypadku, w którym naciek po zapędzlowaniu kokainem na pewien czas ustępuje, można rozpoznać tylko nieżyty. Jeżeli zaś pędzlowanie nie sprowadza klęśnięcia i zblednięcia, zmiana chorobowa jest głębsza i ważniejsza, a należy wówczas rokować ostrożnie, bo naciek nieżytowy można prawie na pewne wykluczyć. (*Wien. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 44). *H. K.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1887 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 34.

1) Wybrano członkami czynnymi Tow. Drów: Bukowskiego Augusta, Haasego Józefa, Rościszewskiego Erazma, Spirę Rafała i Wachtla Antoniego.

2) Kol. Domański zaprasza członków Tow. lek. na zwiedzenie Zakładu desinfekcyjnego miejskiego, ofiarując się okazać go we wszystkich szczegółach.

3) Kol. Korczyński imieniem Komisyi przemysłowéj przedłożył bańki klejowe elastyczne wyrobu p. Kotowicza w Krakowie, napełniane olejkiem rycinowym, santałowym, tranem, balsamem kopaiwy, wyciągiem kubeb i t. p., które pod względem wykonania w niczém nie ustępują zagranicznym; daléj próbki roślin lek. suszonych. Z uwagi na tyle ważną a zaniedbaną u nas uprawę podobnych środków lekarskich, têm wyżéj podnieść należy godne usiłowania pp. Zieniewicza w Brzostku i Szybalskiego z Morawicy, którzy hodując rośliny lekarskie na większą skalę niemal w całości odprzedają je za granicę. Postanowiono przedstawić gremijum aptekarskiemu potrzebę zaopatrywania się w krajowe środki lecznicze.

4) Kol. Rydygier wygłosił zapowiedziany wykład.

5) Kol. Korczyński oznajmiwszy, iż kol. Piasecki obok wodoleczniczego otworzył i zakład gimnastyczny, wniósł, aby Tow. wyznaczyło komisyję do zbadania urządzeń tego zakładu. Do komisyi wybrano koll. Korczyńskiego, Domańskiego i Ściborowskiego.

6) Kol. Adamkiewicz przedstawił preparat z guza czaszki, umieszczonego około skrzydła małego kości klinowéj, który rosnąc ku mózgowi, wywoływał cały szereg objawów. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie co do natury i usadowienia się nowotworu za życia podane.

W dyskusyi wzięli udział koll. Gluziński i Pieniążek.

Dr. Dobruchowski.

V. W sprawie śmierci nagłéj w rekonwalescencyi po dyfteryi.

W *Przeglądzie Lekarskim* z r. 1879 w Nrze 16ym okazała się rozprawka moja pod tytułem: „Śmierć nagła w re-

konwalescencyi po dyfteryi.“ Opisawszy tamże przebieg chorobowy dotyczącego przypadku, osądziłem, iż śmierć nastąpiła w skutek uduszenia dyfterytyczną błoną wolno wiszącą na migdałku. Zdanie to moje oparłem na osobistéj obserwacyi bardzo krótko trwającéj agonii, gdy inną przyczynę śmierci, mianowicie porażenie lub zwyrodnienie mięśnia sercowego, na podstawie względnie bardzo dobrego stanu ogólnego i tętna prawidłowego wykluczyć mogłem. Pozwoli wielce szan. Redakcyja, iż ustęp odpowiedni z codopiero wspomnianéj rozprawy przytoczę:

„Najważniejszém jednak, a co mnie właściwie skłoniło do opisania przypadku tego, było śmiertelne zejście. Ponieważ krtań przez cały czas trwania choroby nie była zupełnie zajęta sprawą dyfterytyczną, dziecko nie było zresztą chorobą tak dalece osłabione, owszem tętno aż do samego napadu zaduszenia było pełne, nagłośnia przy obmacywaniu nie okazała się obrzmiałą, a mimo tego jednak dziecko skończyło wśród objawów uduszenia, jak tego dowodzi nagłe ustanie oddechów, przy tętnie nitkowatém jeszcze parę minut się utrzymującém i erekcyi prącia, przeto koniecznie przypuścić trzeba, iż uduszenie nie było przypadkowém, że dziecko zasnąwszy mocniéj nie spostrzegło zawczasu, jak mu błonka dyfterytyczna powoli zsunąwszy się za nagłośnię wpadła do krtani, a zatykając odrazu przewód oddechowy zupełnie odebrała przytomność a z nią i możność ratowania się przez odkaszlanie. Tłumaczenie to jest tylko przypuszczeniem, wyniklém z obserwacyi za życia, przypuszczenie to jednak uważam prawie za pewne, chociaż sekcyja tego nie potwierdziła, gdyż o niéj w tym przypadku i mowy być nie mogło.“

Przy tym ostatnim wyrazie uważała wielce szan. Redakcyja za stósowne zrobić następującą uwagę: „Jakkolwiek ze zdaniem tu wyrażoném Redakcyja się nie zgadza, zamieszcza opis tego przypadku mając nadzieję wywołania dyskusyi piśmiennéj.“

Dyskusyja dalsza nie pojawiła się, ja zaś cierpliwie czekałem, czy nie dostanę jakiego poważnego sprzymierzeńca dla poruszonéj przezemnie kwestyi. Pojąć bowiem nie mogłem, dla czego rozumowanie moje miało być bezwzględnie błędném, skoro zupełnie logiczném mi się wydawało. Prawda, że niekażda dyfteryja daje błony twarde i zbite, w mojéj dość obszernéj praktyce produkt jéj przedstawiał mi się po największéj części jako okład mniéj lub więcéj powierzchowny, który późniéj wolno znikał a oddzielania się jego studyjować nie mogłem. Niewątpliwie jednak, choć bardzo rzadko, obserwowałem oddzielający się produkt dyfterytyczny jako błonę słoninowatą, zbitą, dość twardą, szeroką jak przestrzeń zajmowana na całym migdałku, grubą na kilka mm. Nauczony przypadkiem poprzednio wspomnianym błony takie wolne w jamę ust się zwieszające, a tylko małym strzępkiem u migdałka przyczepione, starałem się oddalać z jamy ustnéj, ująwszy je zatém w kleszczyki odcinałem nożyczkami przy nasadzie i nigdy postępowania tego nie żałowałem. Jeżeli bowiem było możebném, że przy pierwszych wdechnieniach chloroformu chory mający być operowanym nagle umarł, a sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci zwitek żutego tytoniu 2·5 cm. długi a 1 cm. usadowiony szeroki na głośni jak czopek (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* XV pag. 188, 1881), dla czegoby nie miało być możebném, że i inne obce ciało, do czego odpowiednio szeroka i długa błona dyfterytyczna zupełnie przydatną mi się być wydaje, tego samego nie miałaby dokazać, zwłaszcza u dziecka śpiącego a osłabionego tak ciężką chorobą, jaką jest dyfteryja?

To też, jak już wspomniałem, wyczekiwałem niecierpliwie, czy na poparcie tego mojego zapatrywania z biegiem czasu nie znajdę sprzymierzeńca; i oto dzisiaj w *Med. Chir. Rundschau* czytam referat z pracy Krystyjana Groena w Christyjanii pod tytułem: *acute Herzdilatation etc. nach Diphteritis faucium*, gdzie z przyjemnością widzę zatwierdzenie sekcyją przypuszczeń moich. Odpowiednie bowiem miejsce referatu tego brzmi: *Groen will die in der Reconvalescenz vorkommenden Fälle von Herzparalyse und Herzschwäche, die zwischen dem 12—16 Tage vom Beginne der Krankheit an, von den syncopeähnlichen Zufällen im Verlaufe der Affection geschieden wissen; da letztere nach Ausweis von ihm ausgeführter Sectionen in der Regel durch Aspiration lose sitzender Membranfetzen und Suffocation zu Stande kommen.*

Referent téj pracy prof. T. Husemann z Getyngi ogłasza czytelnikom rezultaty badań Groena bez żadnych ze swéj strony uwag lub powątpiewań.

Przyznaję się, że z prawdziwą dla siebie przyjemnością odczytywałem to sprawozdanie; w obec mojéj w mowie będącéj rozprawki jest ono dla mnie prawdziwym sprzymierzeńcem; sekcyja bowiem stwierdza moje zapatrywania i przypuszczenia.

Na zakończenie oświadczam, iż poruszam tutaj tę sprawę li tylko w celu zwrócenia uwagi na możliwość niebezpieczeństwa z téj strony zagrażającego, które przecież bez wielkich trudności usunąć można, jeśli się tylko uważa na czas, kiedy się błony oddzielać zaczynają.

Dr. Cięglewicz w Jaśle.

Wezwany w r. 1879 przez Redakcyję *Przeglądu Lek.* do ocenienia nadesłanéj przez kol. Dra Cięglewicza pracy: Śmierć nagła w rekonwalescencyi po dyfteryi, uczyniłem wniosek, ażeby Redakcyja drukując tę rozprawę, zastrzegła się, że wywodów autora nie podziela. Uznając motywy mego wniosku za słuszne, Redakcyja opatrzyła artykuł kol. Cięglewicza odsyłaczem, że ze zdaniem autora się nie zgadza, a drukując jego pracę ma nadzieję wywołania piśmiennéj dyskusyi. Dziś kiedy po blisko 9 latach kol. C. wypomina ten dopisek Redakcyi i to w taki sposób, jak gdyby on nie został usprawiedliwiony, Komisyja redakcyjna poleciła mi, jako ówczesnemu swemu referentowi, ażebym umotywował publicznie swój wniosek, co tém chętniéj czynię, że usprawiedliwienie się przed kol. Cięglewiczem, jako współpracownikiem *Przeglądu Lek.*, jest koleżeńskim obowiązkiem Komisyi redakcyjnéj.

Od czasu jak prawo badania pośmiertnego stało się przywilejem i obowiązkiem wszystkich zakładów klinicznych i szpitalnych, wszelkie wnioski dyjagnostyczne, uczynione *a priori*, a nie potwierdzone sekcyją, utraciły wartość dowodową. Dzisiejsza nauka doświadczalna nie zalicza ich do swego kapitału wiedzy, do statystyki nie wciąga; mogą one mieć znaczenie mniéj lub więcéj szczęśliwych i bystrych przypuszczeń, ale twierdzeniami nie staną się, siły dowodowéj nie nabędą. Kol. C. sekcyi nie odbył, i już ten jeden argument wystarczyłby, ażeby Komisyja redakcyjna ze względu na odpowiedzialność redaktorską zastrzegła się przed jego wywodami, które tak dziś jak i przed 9 laty autor „pewnemi“ mieni.

Jeśli śmierć powstaje nagle, a sekcyja nie mogła być dokonaną, należy przypuścić tę przyczynę śmierci, która w danych okolicznościach bywa najmożliwszą i najczęstszą;

już to samo, że kol. C. potrzebował prawie 9 lat, ażeby w bogatéj kazuistyce lekarskiéj odnaleźć przypadek analogiczny, dowodzi, że on poszedł drogą wręcz odwrotną.

Wysuwając naprzód śmiałe przypuszczenie, że chory umarł w skutek wpadnięcia błony dyfterytycznéj do krtani, włożył kol. C. na siebie obowiązek krytycznego wykluczenia wszystkich zwykłych powodów nagłéj śmierci w rekonwalescencyi po dyfteryi. Te krytyczne rozumowania mogły były stać się głównemi filarami jego twierdzeń. Natomiast nie wykluczywszy n. p. porażenia serca lub płuc, wytworzył kol. C. w swéj pracy lukę, przez którą cisną się wątpliwości i zarzuty, a jednocześnie pozbawił sprawę, któréj broni, najlepszych świadków.

Nagła śmierć w dyfteryi powstaje w sposób dwojaki: w okresie ostrym (tak jak to ma miejsce i w przebiegu innych chorób zakaźnych szczególnie płonicy) śmierć powstaje wśród zapadu, jeśli nie nagle, to w każdym razie szybko i zależy od choroby mięśnia sercowego; ten rodzaj śmierci kol. C. wykluczył. Drugi rodzaj śmierci w przebiegu dyfteryi zdarza się już w okresie rekonwalescencyi i powstaje piorunująco, nagle i zależy bądź od porażenia serca wśród objawów omdlenia, bądź téż od porażenia narządu oddechowego, szczególnie przepony, z objawami zamartwicy. Ten drugi rodzaj śmierci nagłéj powstaje, jak powiedziałem, w okresie rekonwalescencyi, a nawet czasem już po opuszczeniu łóżka. Od r. 1862, w którym Charcot i Vulpian pierwsi zbadali istotę porażeń dyfterytycznych, cały szereg prac anatomicznych rozjaśnił do takiego stopnia przyrodę téj choroby, że groźne to powikłanie błonicy przestało być zagadką, a mnogości objawów porażennych na obwodzie odpowiadają wielorąkie i w różnych miejscach rozsiane zmiany chorobowe w mózgu, rdzeniu, zwojach i nerwach. Ze względu na cel obecnych uwag obchodzą nas głównie zmiany chorobowe w nerwie błędnym w całości lub w pojedyńczych jego gałęziach (Meyer). Zaburzenia wynikające z tych zmian są nadzwyczaj groźne i sprowadzają nagłą śmierć przez porażenie serca lub płuc, w miarę tego, czy gałąź sercowa, czy téż płucna jest zajętą. W obec faktu klinicznego i anatomicznego, że ważne zmiany mózgowo-rdzeniowe i nerwowe wikłają się z dyfteryją i czasem ich następstwem bywa śmierć nagła, czy kol. C. zadał sobie pracę wykluczenia porażeń serca i płuc w opisie spostrzeganego przez siebie przypadku nagłéj śmierci? Ze zdumieniem odpowiadamy, że kol. C. nie tylko nie wykluczył porażeń, ale w całéj rozprawie nie wspomniał o tém powikłaniu dyfteryi; a jeśli w powyższym liście pisze, że „porażenia wykluczył,“ to da się wytłumaczyć tylko tém, że swéj rozprawy z r. 1879 nie odczytał, gdyż w niéj ani istoty, ani nazwy tego groźnego powikłania dyfteryi nie ma. A jednak to wykluczenie nie tylko z założenia swéj pracy powinien był kol. C. uczynić, ale objawy natury nerwowéj, które na swym chorym spostrzegał i drukiem ogłosił, poniekąd same zmuszały go do tego. Głos silnie nosowy i zwracanie nosem płynów przełykanych już wskazywały porażenie podniebienia miękkiego. A daléj: 8go grudnia dziecko nagle wieczorem o m d l a ł o, a przywrócone do przytomności było nader blade. Ciepłota w jednéj chwili opadła.... tętno z 128 uderzeń przed chwilą opadło na 45 i tylko w parę godzin doszło do 50. Kol. C. tłumaczy ten nagły spadek tętna i ciepłoty przesileniem chorobowém, a w istocie był to czarny zwiastun zaburzeń w unerwieniu serca, a jak sądzić należy ze spadku tętna, polegających na zadrażnieniu gałązki sercowéj nerwu błędnego. Zaburzenia te zapowiadały możebność nagłego skonu, tak że śmierć, która w dwa dni późniéj rzeczywiście nagle nastąpiła, powinna była zastać kol. C. intelektualnie do niéj przygotowanym.

Lecz wróćmy do twierdzeń kol. C. i przypuśćmy z nim, że dziecko umarło nagle z powodu dostania się błony dyfterytycznej do krtani. W takim razie, jako proste następstwo ciała obcego w krtani, bez względu czy dziecko było przytomne, czy nie, musiałyby wystąpić objawy duszenia się, owe kardynalne objawy ścieśnienia krtani, których pierwowzorem pozostanie zawsze napad duszności w dławcu: chory zrywa się, siada, oczami zrozpaczonemi i wystraszonemi spogląda na otaczających, ręką sięga do szyi, krztusi się, wdech jego długi, chrypliwo-świszczący, dołki nad i podmostkowy oraz międzyżebrza wciągają się, krtań ściąga się ku dołowi, klatka piersiowa unosi się ku górze, mięśnie pomocnicze na szyi i klatce piersiowej w natężeniu, występuje nareszcie sinica, pot zimny i t. d. A teraz zobaczmy, jak ten gwałtowny, bo śmiercią zakończony, akt duszenia się ciałem obcem w krtani spostrzegał i opisał kol. C.: „dziecko z najspokojniejszego snu siada na łóżeczku, wodzi błędnemi oczami wokoło, sili się do kaszlu, do oddechu, a nie mogąc zaczerpnąć powietrza, nieprzytomne pada na łóżeczko“... i wkrótce umiera, albo w innem miejscu: „dziecko skończyło wśród objawów uduszenia, jak to dowodzi nagłe ustanie oddechów, przy tętnie nitkowatém...“ Ani słówkiem kol. C. nie poucza, jaki był oddech, jak zachowywały się dołki i międzyżebrza, mięśnie pomocnicze, czy wystąpiła sinica itd. Jeśli dziecko „siliło się, aby zaczerpnąć powietrza i nie mogło,“ to przyczyna tego była bądź w niedrożności krtani, bądź też w niedowładzie mięśniowego narządu oddechowego; w pierwszym przypadku musiałyby wystąpić wyżej opisane objawy ścieśnienia krtani i chociaż krótka lecz gwałtowna walka, w drugim zaś bezskuteczny wysiłek mięśni ust i skrzydeł nosa do zaczerpnięcia powietrza, natychmiastowe i bierne poddanie się. Wyżej podane szczegóły symptomatyczne są tak cechujące, że w braku sekcyi mógłby kol. C. obrazowym opisem objawów spostrzeganych za życia najdowodniej poprzeć swe twierdzenie, że dziecko udusiło się błoną dyfterytyczną, ale w takim razie musiałyby wystąpić objawy ścieśnienia krtani; tymczasem skreślił on nam obraz konania, który da się zastosować niezawodnie do śmierci z każdej choroby, z wyjątkiem uduszenia się ciałem obcém w krtani.

Z listu kol. C. wynika, że powziął on pochop do wznowienia sprawy swego artykułu z roku 1879, przeczytawszy w *Med. Chirurg. Rundschau* wyciąg z pracy Dra G r o e n a, który przy sekcyi stwierdził błonę dyfteryczną w krtani. Zauważyć jednak należy, że ten sprzymierzeniec, jak kol. C. nazywa Groena, posiada broń o wiele celniejszą i dalekonośniejszą, gdyż wywody swoje opiera na wyniku sekcyi; okoliczność ta usuwa analogiję między przypadkami kol. C. i Dra Groena, i zachodzi wątpliwość, czy zechciałby zaanektowany przez kol. C. sprzymierzeniec, ze względu na nierówny udział sprzymierzonych, wiernie wytrwać w związku. Ale ogół lekarzy i przypadku Groena nie przyjmie bez pewnych zastrzeżeń: wiadomo powszechnie jak wielką wrażliwością odruchową wyróżnia się krtań, i jak potężny narząd wykrztuśny porusza przy wpadnięciu do niej ciała obcego. Jeśli więc krtań posiada unerwienie prawidłowe, jeśli go nie znieczulono lekiem (chloroform), jeśli tę wrażliwość odruchową nie przytępia zatrucie (np. kwasem węglowym), jeśli nerwy krtani nie uległy porażeniu, pojąć nie można, dla czego przy udziale silnych mięśni wykrztuśnych nie pozbyłaby się

krtań przypadkiem wpadłej do niej błony śliskiej, wilgotnej i rozpulchnionej, jaką bywa w okresie rozpadowym? wszak w dławcu błony są zbitsze, skórzaste, a co ważniejsza, nieluźne, a jednak w pierwszym okresie, zanim wystąpi zatrucie kw. węglowym, jakże często chorzy wykrztuszają je po parę centymetrów; dla czegóżby miało być inaczej z błoną luźną? Jest rzeczą niezmiernie ważną, czy Groen rozpoznał za życia wpadnięcie błony dyfterytycznej do krtani, czyli też uczynił to rozpoznanie już na zwłokach: bo nie wszystko, co znajdujemy przy nekroskopii w krtani, bywa przyczyną śmierci; ileż to razy krtań zawiera wymiociny, pokarmy, bywa zatkana śluzem, a przecież nikomu nie przychodzi pomysł dopatrzenia w tych ciałach obcych przyczyny śmierci, jeśli sekcyja wykazuje inne, śmierć sprowadzające zmiany. W przedśmiertnym okresie, kiedy występuje znieczulenie sinicowe, lub też kiedy w skutek słabéj akcyi serca powstaje nieprawidłowe funkcyjonowanie narządu mózgowo nerwowego, do krtani wpaść mogą z łatwością ciała obce, mające łatwy do niej przystęp, a więc i błony dyfterytyczne; wierzymy, że *in ultimis*, kiedy energija nerwowa i mięśniowa są już wyczerpane, krtań tych ciał obcych nie wykrztusi, ale to są już tylko czasem zdarzające się powikłania konania, a nie przyczyny jego.

Streszczając się mniemamy, że dla utwierdzenia w nauce faktu klinicznego, jakoby w przebiegu dyfteryi błona dyfteryczna mogła wpaść do krtani i sama przez się mogła śmierć sprowadzić, potrzeba następujących dowodów: a) wykluczenia śmierci nagłej przez porażenie serca lub płuc, b) spostrzegania objawów ścieśnienia krtani za życia i c) stwierdzenia obecności błony dyfterytycznej w krtani — na zwłokach.

A teraz zwróćmy się do kol. Cięglewicza: porażeń serca i płuc on nie wykluczył, objawów ścieśnienia krtani za życia nie opisał i sekcyi nie odbył; cóż może być słuszniejszego i naturalniejszego, że świadoma swej odpowiedzialności Redakcyja *Przeglądu Lek.* zastrzegła się co do pewności przypuszczeń autora i wyraziła w odsyłaczu, że ze zdaniem jego się nie zgadza.

My zaś żywimy stałą nadzieję, że kolega C. znajdzie w tych kilku uwagach zadośćuczynienie dla siebie i zechce w nich dopatrzeć tylko koleżeńskiej wymiany przekonań.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawozdanie c. k. kraj. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1885. Lwów, 1887, Lex. 8vo, str. 40 i XLIII. Dwunaste to z rzędu sprawozdanie naszéj krajowéj Rady zdrowia rozpada się jak kilka poprzednich na dwie części: jednę stanowi właściwe sprawozdanie ułożone przez prof. Dra Czyżewicza, drugą tablice statystyczne zestawione przez Dra Merunowicza. — Obraz sanitarnych stosunków kraju naszego, jaki dają obie części, przedstawia się bardzo smutno; trudno tu wchodzić w szczegóły, ograniczamy się zatém tylko do podania kilku ważniejszych cyfer. Śmiertelność w roku sprawozdawczym była większą niż w roku poprzednim i wynosiła, nie licząc nieżywo urodzonych, 3·51%. (Największą śmiertelność wykazał powiat horodeński 4·92% a najmniejszą powiat pilzneński 2·36%). Z wyjątkiem krztuśca wzmogła się śmiertelność z wszystkich chorób nagminnych, pochłonęły one w r. 1885 więcéj niż 1/4 część całorocznego ubytku ludności, a blisko 1/4 zabrały gruźlica i choroby dróg oddechowych. Znacznego także kontyngensu śmiertelności dostarczył brak opieki nad niemowlętami w pierwszym roku życia. Przy porównaniu cyfry urodzin i cyfry śmiertelności okazuje się przyrost nader słaby 0·84%, mniejszy niż w roku poprzednim o 0·40%. Każdemu, kto uwzględni przybytek, i tak już znaczny, śmiertelności i ubytek małéj stosunkowo liczby urodzin z jednéj strony a z drugiéj okoliczność, że w ciągu roku sprawozdawczego żadna z chorób nagminnych nie przybrała szerszych rozmiarów, ujawnią się smutne sanitarne stosunki kraju, wymagające rychło jakiegoś zaradzenia. — W dalszych rozdziałach przedstawiono szczegółowo różne stosunki sanitarne a przejrzenie ich bardzo smutne nieraz nasuwa myśli. Zwrócimy tylko uwagę na jeden rozdział, dotyczący wykazów porodowych przez akuszerki prowadzonych, które po raz pierwszy zostały Radzie zdrowia przedłożonemi. Są one tak niedokładne, że żadnego znaczenia przypisywać im nie można (w Krakowie np. wykazano w ciągu roku tylko jedno poronienie); świadczy to o nad wszelki wyraz niskim stanie pomocy położniczéj w kraju. Sprawozdanie kończą jak zwykle wnioski, z których niektóre, jeżeli się nie mylimy, od lat 12 corocznie powtarza Rada zdrowia. Niektóre z poruszonych w tych wnioskach spraw zależą od władz rządowych, inne od władz autonomicznych; najnaglejszą, zdaniem naszém, jest potrzeba zaprowadzenia gminnéj służby zdrowia, doprowadzenie czego wymaga współdziałania i ofiar tak ze strony rządu jak i kraju. Życzeniem, oby w kraju naszym jak najrychléj sprawa ta za przykładem innych krajów koronnych rozwiązaną została, kończymy wzmiankę o sprawozdaniu krajowéj Rady zdrowia, którego uzasadnieniem, rzucającém światło na stosunki miejscowe pojedynczych okolic, są dodane a pracowicie zestawione tablice statystyczne.

K. G.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16 — 22 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23,5. Z płonicy umarło 2 (1 z. t.); z dławca i błonicy 1 (2 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 5 (4 z. t.); z zapalenia płuc 3 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach płonicy, 1 krztuśca, 4 błonicy, 2 duru brzusznego, 4 róży, 1 czerwonki. W tygodniu od 9 — 15 października umarło z ospy: w Brodach 1, w Wiedniu 2, w Tryjeście 8, w Pradze 1, w Budapeszcie 2, w Warszawie 17, w Rzymie 4, w Paryżu 5, w Petersburgu 2. Z odry umarło w Tarnopolu 3, w Londynie 14, w Kopenhadze 42. Z płonicy umarło we Lwowie 3, w Brodach 1, w Londynie 56, w Warszawie 11, w Petersburgu 17. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 9, w Paryżu 21, w Londynie 17. Z czerwonki umarło we Lwowie 4, w Czerniowcach 1. Z krztuśca umarło we Lwowie 1, w Londynie 27. Z błonicy i dławca umarło w Brodach 4, w Przemyślu 2, w Tarnopolu, w Tarnowie, w Czerniowcach, we Lwowie i w Drohobyczu po 1, w Wiedniu 16, w Berlinie 31, we Wrocławiu 10, w Lipsku i Królewcu po 8, w Hamburgu 11, w Paryżu 18, w Londynie 38, w Warszawie 12, w Chrystyjanii 14.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9 — 15 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,5; we Lwowie 37,2; w Brodach 45,6; w Drohobyczu 27,3; w Kołomyi 17,9; w Przemyślu 36,7; w Stanisławowie 37,4; w Tarnopolu 37,7; w Tarnowie 14,2; w Czerniowcach 26,8; w Wiedniu 21,9; w Salcburgu 25,1; w Gracu 27,2; w Tryjeście 25,7; w Insbruku 23,3; w Pradze 28,5; w Bernie 33,8; w Ołomuńcu 40,9; w Opawie 21,0; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 27,8; w Berlinie 18.8; we Wrocławiu 24,5; w Gdańsku 24,3; w Dreźnie 17,4; w Hamburgu 23,5; w Kolonii 15,6; w Lipsku 18,8; w Mnichowie 24,8; w Strasburgu 17,7; w Amsterdamie 18,0; w Brukseli 20,8; w Budapeszcie 25,7; w Chrystyjanii 19,4; w Kopenhadze 25,6; w Londynie 16,7; w Odesie 26,7; w Paryżu 19,7; w Petersburgu 21,6; w Rzymie 25,9; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 19,0.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* ~~Kraków 15 grudnia.~~ Wydział lekarski na ostatniém swém posiedzeniu zamianował Dra Hempla prow. asystentem drugim przy katedrze anatomii patologicznéj, elewami przy klinice chirurgicznéj Drów Gressa i Gabryszewskiego, wreszcie demonstratorem przy katedrze fizyjologii kand. med. Piątkowskiego.

* Nakładem Wydawnictwa dzieł lek. polskich

wyjdzie w miesiącu styczniu 1888 r. dzieło Dujardina-Beaumetza p. t. „Higijena żywienia" w tłumaczeniu Dra Z. Dobieszewskiego.

* Tak z Królestwa jakotéż z prowincyi naszéj dochodzą nas głosy, że czas, przeznaczony dla Zjazdu V we Lwowie odbyć się mającego, niefortunnie został obrany; głosy te uważają m. wrzesień za nierównie odpowiedniejszy. Nie czyniąc ze swéj strony żadnego wniosku, zwracamy tylko uwagę Wydziału gospodarczego na te życzenia kolegów.

* W miasteczku Ciężkowicach może lekarz zaraz osiąść. Dochód stały od kolei żelaznéj wynosi 180 złr. rocznie a gmina wyznaczy również skromną płacę. Bliższych wyjaśnień udzieli aptekarz miejscowy p. Zoppoth.

* W sobotę d. 17 bm. odbędzie się w Pradze czeskiéj uroczystość 100-letnich urodzin znakomitego fizyjologa czeskiego Purkyniego urządzona staraniem Wydziału lekarskiego Uniw. czeskiego. Z tego powodu imieniem Wydziału lek. krakowskiego Dziekan wystosował życzenia drogą telegraficzną, Akademija Umiejętności zaś wysłała pismo następującéj treści:

Do Świetnego Wydziału Lekarskiego
c. k. Uniwersytetu czeskiego w Pradze.

Zasłużonego w nauce i w narodzie męża pamięć czci Świetny Wydział Lekarski obchodem setnéj rocznicy urodzin Jana Purkyniego.

W miłości nauki i w bliskiém pokrewieństwie naszych narodów mamy podwójny tytuł, żeby z Wami pospołu pamięć tych szanować, którzy już chlubnie zawód swój skończyli i takich życzyć, którzyby w przyszłości prowadzili daléj ich dzieło i do ich dwojakich zasług dodawali nowe.

W imieniu Akademii Umiejętności przesyłamy wyraz hołdu dla znakomitego nieboszczyka, dla Wydziału zaś i Uniwersytetu jak dla czeskiego Narodu życzenie, aby jemu podobnych zawsze na pożytek nauki, na pożytek i zaszczyt wydawał.

Kraków d. 14 grudnia 1887.

Dr. Majer, Prezes Ak. Um. — *Dr. St. Tarnowski*, Sekr. generalny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Prof. botaniki Edward Strassburger otrzymał charakter tajnego radzcy rządowego. — **Dorpat.** Na miejsce Rungego ma być powołany docent prywatny Löhlein z Berlina. — **Marburg.** Na miejsce Rosera powołany został prof. Braun z Jeny. — **Wiedeń.** Docent okulistyki w Gracu Dr. Wilhelm Czermak, otrzymał *veniam legendi* w Wydziale łek. wiedeńskim. — **Kazań.** Docent Dr. Razumowski mianowany nadzw. profesorem chirurgii operacyjnéj.

* **Wiadomości osobowe.** Pan Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi w Xéj klasie: asystentów sanitarnych Dra Karola Kronenberga w Limanowy i Dra Alfreda Berggrüna w Żółkwi; asystentami zaś sanitarnymi lekarzy wolno praktykujących: Dra Zdzisława Lachowicza w Żydaczowie. Dra Antoniego Coghena w Bohorodczanach, Dra Adolfa Goldhabera w Nowym Targu. a przeniósł asystenta sanitarnego Dra Mieczyslawa Hirschlera do Bóbrki.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Maryjan Grabowski rodem z Liszek i Jakób Przysłupski rodem z Węglówki w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 7 bm. umarł w Wiedniu po dłuższéj chorobie w 69 roku życia Dr. Karol Langer-Edenberg, radzca dworu i referent w Ministerstwie Oświecenia, prof. anatomii opisowéj i rzeczywisty członek Akademii Umiejętności itd. Urodzony d. 15 kwietnia 1819 r. w Wiedniu, otrzymał dyplom doktorski w r. 1842, był aż do r. 1850 asystentem i prosektorem tamże, późniéj profesorem zoologii w Budapeszcie, od r. 1856—1870 profesorem anatomii opisowéj w szkole józefińskiéj a od r. 1870 profesorem tegoż przedmiotu w uniwersytecie wiedeńskim. Oprócz licznych prac szczegółowych napisał wykład anatomii opisowéj i topograficznéj a ostatniém jego dziełem było *Anatomie d. äusseren Formen des menschlichen Körpers* wydane w r. 1884 w Wiedniu, w którém złożył dowód niezwykłego w naszych czasach wykształcenia ogólnego, klasycznego, oraz znawstwa antropologii i estetyki. Jako nauczyciel gorliwy i cierpliwy, jako referent Wydziałów lekarskich w Ministerstwie, życzliwy dla młodszych, używał on powszechnego szacunku, głównie dla swéj skromności. Katedrę anatomii po nim otrzyma Zuckerkandl w Gracu lub prof. Rabl w Pradze; obaj byli asystentami jego. Kto go zastąpi jako referent, dotąd nie wiadomo. W imieniu Wydziału lek. naszego Dziekan wystósował pismo kondolencyjne na ręce najstarszego syna, prymaryjusza Ludwika Langera w Wiedniu.

W Berlinie umarł tajny radzca sanitarny Dr. Eulenburg w 76 roku życia, ojciec newropatologa w Berlinie żyjącego. Zmarły położył zasługi na polu ortopedyi i gimnastyki lekarskiéj. — W Warszawie umarli Drowie Jan Budzyński i Hipolit Hollenderski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Medycynie* Nr. 50: Tymowskiego: Przypadek trądu. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Bujwida: Odczyn chemiczny na bakteryje cholery azyjatyckiéj (czerwień cholery); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 grudnia o godzinie 6éj **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém nastąpi wybór prezesa i urzędników Towarzystwa na rok przyszły, poczém kol. prof. Rydygier będzie miał rzecz o nowym sposobie cięcia podbrzusznego (*sectio alta*) z przedstawieniem chorego i preparatów, potém przedstawi cystoskop Nitzego, a następnie odbędą się zapowiedziane na przeszłém posiedzeniu odczyty kol. doc. Glużińskiego i kol. doc. Jaworskiego.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Drowi O. w B. Rozprawę otrzymałem i dziękuję. Druk jéj rozpocznie się dopiero w styczniu, bo ostatnie dwa numery tegoroczne już są zapełnione. Wniosek szan. kolegi przedłożę Komisyi redakcyjnéj a o rezultacie natychmiast Go zawiadomię.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.